

Predstojnik:
 Prof. dr. David Neubauer, dr. med., svetnik
david.neubauer@mf.uni-lj.si

VPRAŠALNIK ZA STARŠE OTROK Z MOREBITNIMI MOTNJAMI V SPANJU

Datum
Ime in priimek otroka
Datum rojstva
Starost
Naslov

LEGENDA: N – nikoli, R – redko, P – pogosto, V – vedno

1. Ali vaš otrok v spanju smrči?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 5 točk <input type="checkbox"/> V – 5 točk
2. Ali diha v spanju skozi nos?	<input type="checkbox"/> N – 2 točki <input type="checkbox"/> R – 2 točki <input type="checkbox"/> P – 1 točka <input type="checkbox"/> V – 1 točka
3. Ali ima v spanju odprta usta?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 2 točki <input type="checkbox"/> V – 2 točki
4. Ali ima večkrat zamašen nos?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 2 točki <input type="checkbox"/> V – 2 točki
5. Ali ima pogoste prehlade in kašlja?	<input type="checkbox"/> DA – 5 točk <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
6. Ali ima pogosta vnetja srednjega ušesa?	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
7. Ali ima težave s sluhom?	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
8. Ali težko požira?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 3 točke <input type="checkbox"/> V – 3 točke

9. Ali je imel operacijo žrelnice in/ali mandeljev? Kdaj? Zakaj? Je bilo po operaciji bolje?	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
10. Ali ima kakšne druge bolezni dihal? (če da, jih prosimo opišite)	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
11. Ali ima kakšno motnjo spanja? (se ponoči prebuja, nemirno spi, ga »tlači mora«, itd.; če da, jo prosimo opišite)	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
12. Ali se med spanjem poti?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 3 točke <input type="checkbox"/> V – 3 točke
13. Ste kdaj opazili, da v spanju neredno diha, da preneha dihati ali da ne more vdihniti?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 5 točk <input type="checkbox"/> V – 5 točk
14. Ali ima v spanju kakšen nenavaden položaj? (če da, ga prosimo opišite)	<input type="checkbox"/> DA – 5 točk <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
15. Ali ima motnje vedenja? (odmaknjen, se težko vključi v družbo, pretirano živahen, uporniški, napadalen, itd)	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
16. Ali ima upočasnen telesni razvoj glede na vrstnike?	<input type="checkbox"/> DA – 5 točk <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
17. Ali ima upočasnen duševni razvoj glede na vrstnike?	<input type="checkbox"/> DA – 3 točke <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
18. Ali ima težave z učenjem ali govorom?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 2 točki <input type="checkbox"/> V – 2 točki
19. Ali se zjutraj težko prebudi?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 2 točki <input type="checkbox"/> V – 2 točki
20. Ali ga zjutraj boli glava?	<input type="checkbox"/> N – 1 točka <input type="checkbox"/> R – 1 točka <input type="checkbox"/> P – 2 točki <input type="checkbox"/> V – 2 točki
21. Ali preveč spi oziroma je večkrat podnevi zaspan?	<input type="checkbox"/> DA – 5 točk <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
22. Koliko ur prespi podnevi?	ur
23. Koliko ur prespi ponoči?	ur
24. Ali mu je pogosto slabo ali bruha?	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
25. Ali ima slab apetit?	<input type="checkbox"/> DA – 2 točki <input type="checkbox"/> NE – 1 točka
SEŠTEVEK (<35 = majhna verjetnost za OSAS; 35 – 45 sum na OSAS; >45 močan sum na OSAS)	točk

